|  |
| --- |
| **خدمات نوین سلامت سالمندان- فرم مراقبت دوره ای**  |
| **مشخصات فردي** |
| **نام**.................................... | **نام خانوادگي** .................................. | **جنسیت:** 🞎 **مرد** 🞎**زن**  |
| **تاريخ تولد** ......../ ......../ ......... | **كد ملي** .................................. | تحصیلات : ...........وضعیت شغل: 🞎شاغل 🞎بازنشسته 🞎 بیکار  |
| **آدرس محل سكونت**.................................................................................................................................**تلفن ثابت..................................... تلفن همراه ..........................................** |
| **بيمه پايه:**🞎دارد🞎ندارد **بيمه تكميلي:**🞎 دارد🞎ندارد **تحت پوشش سازمان هاي حمايتي و خيريه:**🞎بلي (🞎کمیته امداد امام خمینی ، 🞎سازمان بهزیستی، 🞎سایر نام برده شود................... 🞎خير  |
| **اطلاعات اختصاصی**  |
| همراهان زندگی: 🞎تنها 🞎 همسر 🞎همسر و فرزندان 🞎 فرزندان 🞎 اقوام و دوستان  |
| وضعیت تاهل: 🞎متاهل 🞎مجرد ( جدا از همسر فوت همسر دوری بیش از شش ماه) |
| **فصل اول- بررسی وضعیت فشار خون**  |
| **فشار خون** | **میزان فشارخون** | **طبقه بندی** | **توصیه / اقدام** |
| فشار خون نشسته |  | 🞎فشارخون بالای فوری🞎احتمال فشارخون بالا🞎فشارخون بالای کنترل نشده 🞎در معرض ابتلا به فشارخون بالا🞎فشارخون بالای کنترل شده 🞎فشارخون طبيعي |  |
| فشار خون ایستاده |  |
| افت فشار خون وضعیتی | 🞎احتمال افت فشارخون وضعيتي🞎فشارخون وضعيتي طبیعی |  |
| **فصل دوم - تغذیه** |
| قد (سانتیمتر): | وزن(کیلوگرم): | نمایه توده بدنی: | دور ساق پا: |

|  |
| --- |
| تغذیه (MNA) |
| **الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی کمتر از 21 ( ارزیابی مختصر تغذیه ای(** | امتیاز |
| 1-آيا مصرف غذا طي 3 ماه اخير بعلت از دست دادن اشتها، مشكلات گوارشي ، اختلالات جويدن يا بلع کاهش یافته است؟0- كاهش شديد مصرف غذ ا 1-کاهش متوسط مصرف غذا 2-کاهش نیافتن مصرف غذا  |  |
| 2- آيا كاهش وزن طي 3 ماه گذشته داشته اید؟ 0- بیش از 3 کیلوگرم کاهش وزن 1- نمی داند 2- بین 1 تا 3 کیلوگرم کاهش وزن 3- بدون کاهش وزن |  |
| 3- ميزان تحرك معمول شما چقدر است؟ 0- وابسته به تخت یا صندلی 1- قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست 2- بیرون می رود |  |
| 4- آيا طي 3 ماه اخير استرس رواني يا يك بيماري حاد به شما وارد شده است؟ 0- بلی 2- خیر |  |
| 5- آيا مبتلا به مشكلات عصبي –روانيهستید؟ 0- فراموشی شدید یا افسردگی شدید 1- فراموشی خفیف 2- فاقد مشکل روانی |  |
| 6-دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید. اندازه دورعضله ساق پا: 0- کمتر از 31 سانتی متر 3- 31 سانتی متر یا بیشتر |  |
| **امتیاز کل:0 تا 7 (مبتلا به سوء تغذیه)8 تا 11(در معرض خطر سوئ تغذیه)12تا 14(وضعیت تغذیه طبیعی)** |  |
| **سوالات الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی 21 و بالاتر** |  |
| 1. مصرفميوهروزانهشمامعمولا" چقدراست؟ 0= بندرت/ هرگز 1= کمتر از 2 سهم 2= 2-4 سهم
 |  |
| 1. مصرفسبزيروزانهشمامعمولا"چقدراست؟ 0= بندرت/ هرگز 1- کمتر از 3 سهم 2 = 3 تا 5 سهم
 |  |
| 1. مصرفشيرولبنياتروزانهشمامعمولا" چقدراست؟ 0= بندرت/ هرگز 2 = کمتر از 2 سهم 2 = 2 سهم يا بيشتر
 |  |
| 1. آياسرسفرهازنمكداناستفادهميكنید؟ 0= همیشه 1 = گاهی2= بندرت/ هرگز
 |  |
| 1. چقدربطورمعمولفستفود یا نوشابه های گاز دار مصرفمیکنید؟0 = هفته ای دو بار یا بیشتر 1= ماهی ا یا دو بار2 = بندرت/هرگز
 |  |
| 1. ازچهنوعروغنیمعمولا" مصرفمیکنید؟ 0= فقطروغننيمهجامدیا جامد يا حيواني 1= تلفيقي از انواع روغن های مایع و نیمه جامد 2= فقط روغن مايع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
 |  |
| **مجموع امتیازات:** |  |
|  **طبقه بندی :** 🞎**مبتلا به سوء تغذيه** 🞎**لاغر در معرض ابتلا به سوء تغذیه**🞎لاغر با امتیاز مناسب |
| **توصیه / اقدام:** |
| **فصل سوم: دیابت** |
| 🞎**ابتلا به دیابت**🞎مصرف داروی کاهش دهنده قند خون آزمایش قند خون ناشتا طی یکسال قبل | **طبقه بندی:** 🞎**احتمال دیابت** 🞎عدم ابتلا به دیابت  | **توصیه / اقدام** |
|  |
| **فصل چهارم : اختلالات چربی خون** |
| 🞎**سن 60 تا 79 سال** | **طبقه بندی:** 🞎**احتمال اختلالات چربی خون** | **توصیه / اقدام** |

|  |
| --- |
| **آزمون انجام فعالیت های روزانه** |
| **حمام کردن** | **1: قادر است به تنهایی و کامل حمام کند یا تنها برای یک قسمت بدن (پشت ،ناحیه تناسلی و انتهاها) به کمک نیاز دارد.****0: برای بیش از یک قسمت از بدن، وارد یا خارج شدن از زیر دوش یا وان به کمک نیاز دارد و یا به حمام کامل نیاز دارد.** | امتیاز |
| **لباس پوشیدن، درآوردن** | **1: به تنهایی قادر به برداشتن لباس از کمد، پوشیدن و درآوردن و بستن کمربند و ... می باشد (بند کفش مستثنی است.)****0: برای قسمتی از لباس پوشیدن و یا بطور کامل نیاز به کمک دارد.** |  |
| **توالت** | **1: قادر است به توالت رفته، کارش را انجام داده، شستشو کند، لباس هایش را بپوشد و خارج شود .****0: برای رفتن به توالت و انجام کارها و شستشو و ... به کمک نیاز داشته و یا از لگن یا پوشک استفاده می کند.** |  |
| **جابجا شدن در منزل** | **1: قادر است به تنهایی و یا با کمک ابزار (عصا) داخل یا خارج صندلی یا تختخواب خود شود.****0: برای جابجایی از رختخواب به صندلی نیاز به کمک فرد دیگر دارد.** |  |
| **اختیار داشتن(ادرار/ مدفوع)** | **1: اختیار کامل ادرار و مدفوع خود را دارد.****0: بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار و مدفوع دارد.** |  |
| **غذا خوردن** | **1: قادر است به تنهایی غذا بخورد. ممکن است غذا را با کمک دیگران تهیه نماید.****0: نیاز به کمک جزیی یا کامل برای غذا خوردن و یا تغذیه وریدی دارد.**  |  |
| **جمع امتیاز** |  |

|  |
| --- |
| **فصل پنجم- سقوط** |
| عوامل خطر: 🞎سن 70ساله و بالاتر🞎 افت فشار خون وضعیتی🞎 اختلال بینایی 🞎اختلال شنوایی🞎اختلال حافظه (دمانس)🞎امتیاز ناکامل از تست فعالیت روزانهسابقه سقوط در یکسال گذشته : 🞎 یکبار 🞎 بیش ار یکبار 🞎 ندارد سابقه آسیب به دنبال سقوط در یکسال گذشته : 🞎 دارد 🞎 ندارد 🞎احساس ناپایداری و عدم تعادل هنگام راه رفتن یا ایستادن 🞎ترس از سقوط  تست تعادل در وضعیت حرکت: 🞎طبیعی 🞎 مختل |
| طبقه بندی: 🞎***احتمال سقوط***🞎***خطر پایین احتمال سقوط*** | **توصیه / اقدام** |

|  |
| --- |
| **فصل ششم- ارزیابی روان -افسردگی** |
| پرسش | تفسیر پاسخ | نمره |
| آیا از زندگی خود راضی هستید؟ | 0 – بلی | 1 – خیر |  |
| آیا احساس میکنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟ | 1 – بلی | 0 – خیر |  |
| آیا اغلب کسل هستید؟ | 1 –بلی | 0 – خیر |  |
| آیا اغلب اوقات وضعیت روحی خوبی دارید؟ | 0 –بلی | 1 – خیر |  |
| آیا میترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟ | 1 –بلی | 0 – خیر |  |
| آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی میکنید؟ | 0 –بلی | 1 – خیر |  |
| آیا اغلب احساس درماندگی میکنید؟ |  1 –بلی |  0 – خیر |  |
| آیا فکر میکنید زنده بودن لذت بخش است؟ |  0–بلی | 1 – خیر |  |
| آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی میکنید؟ | 1 –بلی | 0 – خیر |  |
| آیا احساس میکنید موقعیت شما ناامید کننده است؟ | 1 –بلی | 0 – خیر |  |
| آیا فکر میکنید حال و روز اکثر آدمها از شما بهتر است ؟ | 1 –بلی | 0 - خیر |  |
|  جمع امتیاز |  |
| طبقه بندی: نمره کل مساوی یا بیشتر از 6=🞎 احتمال افسردگی نمره کل کمتر از 6 =🞎فاقد مشکل |
| **توصیه / اقدام:** |

|  |
| --- |
| ارزیابی کلی عوامل خطر ،علائم،معاینات،آزمونهای تشخیصی/طبقه بندی |
| نوع اختلال | فاقد مشکل | در معرض ابتلا به مشکل | احتمال مشکل | اقداماتآموزش/مشاوره/پیگیری/ارجاع |
|  فشارخون بالا | 🞎 فشارخون طبیعی | 🞎در معرض ابتلا به فشارخون بالا🞎فشارخون بالای کنترل شده  | 🞎فشارخون بالای فوری🞎احتمال فشارخون بالا🞎فشارخون بالای کنترل نشده  |  |
|  افت فشارخون وضعیتی | 🞎 فشارخون وضعیتی طبیعی |  | 🞎 احتمال افت فشارخون وضعیتی |  |
| اختلالات تغذیه: نمایه توده بدنی زیر 21 | 🞎 وضعیت تغذیه طبیعی | 🞎 در معرض ابتلا به سوء تغذیه | 🞎 احتمال ابتلا به سوء تغذیه |  |
| اختلالات تغذیه: نمایه توده بدنی 21 و بالاتر | 🞎 وزن طبیعی با عادات تغذیه ای نامطلوب🞎 وزن طبیعی با عادات تغذیه ای متوسط🞎 وزن طبیعی با عادات تغذیه ای مطلوب | 🞎**اضافه وزن با عادات تغذیه ای نامطلوب**🞎**اضافه وزن با عادات تغذیه ای متوسط تا مطلوب** | 🞎**احتمال چاقی** |  |
| دیابت | 🞎عدم ابتلا به دیابت |  | 🞎احتمال دیابت |  |
| اختلالات چربی خون | 🞎 فاقد مشکل |  | 🞎 احتمال اختلالات چربی خون |  |
| سقوط و عدم تعادل | 🞎***خطر پایین احتمال سقوط*** |  | 🞎***احتمال سقوط*** |  |
| افسردگی | 🞎عدم ابتلا به افسردگی |  | 🞎 احتمال افسردگی |  |
| نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت..............سمت.................تاریخ ....../......../......  |

|  |
| --- |
| اختلالات فشارخون |
| □فشارخون بالا□افت فشارخون وضعیتی□مصرف داروي پايين آورنده فشار خون |
| فشارخون دیاستولیک / سیستولیک □□□/□□□ سمــع قـلب: □ طبیعی □ غیرطبیعی بنویسید.....سمــع ریــه: □ طبیعی □ رال □ ویزینگ □ سایر بنویسد....تعــداد نبــض □□□ معاینهانــدام تحتــانی: □ انتهاهاي سرد□Intermittent claudication |
| طبقه بندی: □ فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه□ فشارخون بالای بدون عارضه□ در معرض ابتلا به فشارخون بالا□ فشارخون کنترل نشده□ فشار خون كنترل شده□ افت فشارخون وضعيتي□ فشار خون وضعیتی طبیعی□ فشارخون طبیعی |
| اختلالات تغذیه |
| نمایه توده بدنی کمتر از 21 :□کاهش اشتهای ناخواسته(مصرف غذا) □کاهش وزن ناخواسته□ تحرک (کم تحرکی) □ استرس یا بیماری شدید □ مشکلات عصبی روانی(نوروسایکولوژیک)نمایه توده بدنی 21 و بالاتر**:**□ بررسی مصرف روزانه میوه، سبزی، شیر و لبنیات□ بررسی استفاده از نمکدان سر سفره□ بررسی مصرف فست فود و نوشابه های گازدار□بررسی نوع روغن مصرفی□پرکاری غده تیروئید□کم کاری غده تیروئید□کم خونی □نفروپاتی □ سرطان□مشکلات گوارشی□افسردگی |
| طبقه بندی: □مبتلا به سوء تغذيه لاغری□مبتلا به سوء تغذيه چاقی |
| دیابت |
| □**ا**بتلا به دیابت یا سابقه آن□ مصرف داروی کاهش دهنده فشارخون جواب آزمایش قند خون ناشتا طی یک سال قبل: □زیر 100 □ 100 و بالاتر  |
| نوروپاتی: □اختلالات حسی در انتهاها□افت فشارخون وضعیتی□ وجود تاول، بریدگی و یا خراش در پاها □نبض های ضعیف در اندام های تحتانی دورسال پدیس، پوستریور تیبیال، پوبلیته و فمورال□اسهال □یبوست □تهوع □استفراغ متناوب نفروپاتی : □GFRکمتر از 60 میلی لیتر در دقیقه□ بیماری عروق کرونر  |
| طبقه بندی: □ احتمال دیـابت با عـارضه□دیـابت بدون عـارضه□اختلال قند خون ناشتا (پره دیابت) □عدم ابتلا به دیابت□دیابتبا عارضه□دیابت کنترل نشده□دیابت کنترل شده |
| اختلالات چربی خون |
| درصد خطر بروز بیماری های قلبی عروقی : □کمتر از 10% □10 تا 20 % □ بیش از 20 % |
| طبقه بندی: □مشكل چربی خون بالا ی با عارضه□مشکل چربی خون بالا□فاقد مشكل |
| سقوط |
| □ سابقه سقوط در یکسالگذشته □صدمه به دنبال سقوط□احساس ناپایداری و عدم تعادل هنگام راه رفتن یا ایستادن □ترس از سقوط □تست تعادل در وضعیت حرکت مختل □ تست ADL مختل □مصرف داروهای مستعد کننده سقوط |
| قدرت عضلانی اندام ها: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید....حس سطحی: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید....حس عمقی: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید....ارزیابی رفلکس ها: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید....بررسی عملکردد مخچه: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید....معاینه پاها: □ طبیعی □غیر طبیعی بنویسید.... |
| ***طبقه بندی:*** □***خطر بالای احتمال سقوط***□***خطر متوسط احتمال سقوط*** |
| افسردگی |
| □□امتیاز پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان  |
| □انرژی کم، خستگی، مشکلات خواب یا اشتها□خلق افسرده و مضطرب، تحریک پذیری□علاقه یا لذت کم در فعالیت­هایی که عموما جالب و لذت بخش هستند□وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح در سالمند: ماند درد و ناراحتی، تپش قلب و بی حسیمشکل در انجام کارهای روزمره­ی زندگی، مدرسه، مسئولیت­های درون خانه و وظایف اجتماعی |
|  طبقه بندی: □ افسردگی□اورژانس روان­پزشکی(خودکشی)□سايكوز/ اختلال دو قطبی□عدم ابتلا به هر یک از اختلالات |
| پاراکلینیک |
| U/A:CBC:Hg:□□ HTC:□□□FBS: □□□BS after 2 hours Hb A1C:□□Urea:□□□ BUN:□□□Cr:□□□ Chol:□□□ LDL: □□□ HDL:□□□VLDL: □□□ TG:□□□ TSH: □□□ K:□□ SGOT:□□□□ SGPT:□□□□ECG:راديوگرافي قفسه سينه: □طبیعی □غیر طبیعی بنویسید...سایر موارد:  |